

別 記

第1号様式(第3条)

指定介護予防(訪問・通所)介護相当
サービス事業者

指 定 申 請 書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

所在地

申請者 名 称

代表者職・氏名



介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	法人の種別		法人の所轄庁				
	代表者の職・氏名・生年月日		職 名	フリガナ	氏 名		生年月日
						年 月 日	
代表者の住所		(郵便番号 —)					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ						
	事業所・施設の名称						
	事業所等の所在地		(郵便番号 —)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
	事業所・施設の種別		実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業等の指定年月日	様 式	
	指定介護予防・生活支援サービス	訪問型サービス	介護予防訪問介護相当サービス			付表1	
指定介護予防・生活支援サービス	通所型サービス	介護予防通所介護相当サービス			付表2		
介護保険事業所番号				申請書担当者			
医療機関コード等				連絡先			

備考

- 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」等の別を記入すること。
- 「法人の所轄庁」欄は、申請者が許可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて、該当する欄に○を記入すること。
- 「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。
- 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は、指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日(法第71条第1項又は法第72条第1項(法第115条の11において準用する場合を含む。))の規定により指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日を記入すること。
- 「医療機関コード等」欄は、保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には、様式を補正して、そのすべてを記入すること。